

UNIVERSITÉ DE PARIS

175

THÈSE POUR LE DOCTORAT

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Marie HADJI-MARCARIAN PORCHER

De la Faculté de Médecine de Paris,
Née le 14 (27 Janvier) 1877 à Kichineff (Russie).



UNE ANNÉE DANS UN CENTRE NEUROLOGIQUE D'ARMÉE

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE

DES

ÉTATS FONCTIONNELS

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président: M. GILBERT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET
PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBERONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse. Qu'il nous permette
de l'en remercier bien sincère-
ment.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Avant la guerre.

- MM. le Docteur BARIÉ, Hôpital Laënnec.
le Professeur agrégé SCHWARTZ, Hôpital Cochin.
le Professeur WIDAL, Hôpital Cochin.
le Professeur DELBET, Hôpital Necker.
le Professeur BAR, Clinique Tarnier.
le Professeur HUTINEL, Hôpital des Enfants-Malades.

Pendant la guerre.

- MM. le Docteur BAUDOUIN, Centre Neurologique de Château-Thierry.
le Professeur SEBILEAU, Hôpital du Collège Chaptal.
le Docteur BOULLOCHE, — —
le Docteur CABOCHE, — —

A MES CHEFS MILITAIRES

- MM. le Professeur agrégé MULON.
le Médecin Inspecteur-Général ROUGET, Directeur du Service de Santé du G. M. P.

I

INTRODUCTION ET HISTORIQUE RAPIDE DU CENTRE NEUROLOGIQUE DE CHATEAU-THIERRY *

Le 30 Mai 1918, la ruée malencontreuse des Allemands est venue ruiner l'existence du C. N. de Château-Thierry, auquel nous avons eu l'honneur d'être attachée et où nous avons eu la chance de travailler sous la direction immédiate de son Médecin-Chef, M. A. Baudouin, Médecin des Hôpitaux, chef énergique, autant qu'éclairé, dont les conseils et surtout l'exemple nous ont toujours été une leçon continue et précieuse.

C'est en Janvier 1916, au premier Congrès de Neurologistes réunis à Doullens, que la nécessité de ces centres fut reconnue et leur création décidée. Le fait est que dès la 1^{re} année de la guerre les neurologistes se sont vus débordés par le flot toujours montant des fonctionnels persévérateurs et exagérateurs. Aussi des voix autorisées (vœux émis par la Société de Neuro-

* Les chiffres intercalés dans le texte correspondent aux numéros de l'index bibliographique.

logie de Paris dans les séances du 21 Octobre 1915 (38) se sont élevées pour exiger la création des centres dans la proximité des lignes, en indiquant avec juste raison combien l'atmosphère morale de l'avant était plus favorable au traitement des états dits fonctionnels, puisque leur éclosion, fixation et évolution sont absolument dominées par l'élément psychique ou imaginaire.

Nous n'en voulons pour preuve que cette parole désenchantée du Professeur Grasset, chef du Centre de la 16^e Région : « Certains de nos collègues, dit-il, « annoncent des succès que nous envions, mais que « nous ne parvenons pas à égaler » (42).

Et il est exact, en effet — nous pouvons l'affirmer en toute conscience — au G. N. de Château-Thierry le succès était la règle et l'échec l'exception. Comment concilier ces résultats heureux avec la parole amère du Professeur Grasset, sinon en attribuant une part très large de nos succès à l'atmosphère vivifiante, propre à remonter une volonté défaillante que l'on arrive bien plus facilement à créer dans une zone où tout respire la guerre et la lutte, que dans la mollesse de l'arrière lointain, heureux et indolent.

Aussi la création des centres de l'avant avait pour but de former une ligne de barrage, ne devant plus laisser filtrer les fonctionnels à l'intérieur; en effet, repêchés dès la première heure, mis dans une bonne atmosphère ambiante, traités avec une énergie toujours vigilante et associée dans la mesure du possible à de la douceur — main de fer dans un gant de velours —

ces malades arrivent à être récupérés rapidement et, chose capitale, ils sont guéris avant d'avoir acquis cette mentalité, si fréquente chez nos revenants de l'intérieur, mentalité morbide sans doute de quelqu'un qui non seulement ne tient pas à guérir, mais encore considère la guérison comme la pire des calamités.

Le fond et le tréfonds de ce psychisme est formé le plus souvent par une exaltation ou une déviation de l'instinct de conservation, de sorte que le sub-conscient, rarement le conscient, de ces sujets s'en trouve absolument subjugué. Aussi c'est à cette première barrière qu'il importe de s'attaquer de prime abord : sans cela on court un double risque : ou bien le malade se bute et lutte avec acharnement pour ne pas guérir, ou bien vaincu et de guerre lasse il guérit, mais à son corps défendant et il y a toutes les chances pour qu'il rechute à la première occasion.

N'est stable qu'une guérison désirée ou du moins librement consentie.

Mais revenons à notre Centre de Château-Thierry : fondé le 1^{er} Mars 1916, il avait eu la mise en marche laborieuse; rien n'existait... c'est à peine si on lui avait octroyé une soixantaine de lits au collège Jean-de-la-Fontaine, où on le considérait un peu comme un intrus et où la chirurgie occupait la place prépondérante.

Petit à petit, grâce à l'impulsion énergique de son chef et les malades nerveux affluant, le Centre a pris une extension toujours croissante, pendant que les services non neurologiques se réduisaient en proportion et le Collège finit par devenir en totalité le domaine

de la Neurologie. Entre les bâtiments et les baraques, il comprenait alors 230 lits.

La zone que desservait le centre allait de Berry-aux-Bac jusqu'à l'ouest de Soissons; c'était essentiellement le Chemin des Dames; des communications faciles et rapides furent établies avec les formations de première ligne : nous en recevions d'ordinaire les malades directement par autos sanitaires. Cette organisation a certainement rendu de grands services et fonctionnait d'une façon très active; aussi c'est un joli chiffre de 3.850 malades que le Centre a reçus pendant les 2 années de son existence. C'était là un champ d'investigation d'une richesse exceptionnelle, d'autant plus que la direction d'un chef tel M. Baudouin nous a permis d'avoir toujours les yeux aux aguets pour saisir l'essentiel de ce qui caractérisait un état morbide sans nous noyer dans les mille et mille détails, curieux sans doute, mais sans portée pratique immédiate.

C'est que, en effet — et ceci fut l'envers de la médaille — si les malades étaient nombreux, le personnel médical ne l'était point.

Abstraction faite de M. Alicot, aliéniste, qui ne fut d'ailleurs adjoint au centre qu'en fin 1917 et à qui incombait la charge des préventionnaires, de même que celle de nos mentaux purs, tous les autres malades du système nerveux, organiques comme fonctionnels, étaient répartis dans deux services : celui de M. Baudouin (secondé par nous) et celui de M. Margarot, neurologue de Montpellier, ancien chef de clinique du Professeur Mairet.

On conçoit que dans ces conditions il n'ait pas été toujours possible de creuser les questions aussi profondément qu'on l'aurait voulu et qu'elles le méritaient. Selon le mot de M. Baudouin, en s'approchant d'un malade, on a toujours deux questions à se poser : que pouvons-nous pour lui ? que peut-il pour nous, c'est-à-dire en quoi l'étude de son cas peut-elle nous servir pour élargir nos connaissances et nos conceptions médicales ? Eh bien, disons tout de suite que c'est surtout le côté pratique qui hantait nos préoccupations : guérir d'abord, discuter ensuite, était la ligne de conduite que les circonstances nous imposaient ; aussi l'intérêt d'ordre doctrinal avait été mis de propos délibéré au second plan et sacrifié à l'intérêt pratique. Il en résulte que les limites de ce petit travail seront forcément étroites et il gardera lui aussi un caractère essentiellement pratique : décrire sans prétention ce que nous avons vu et montrer les résultats thérapeutiques intéressants obtenus avec des moyens des plus modestes, presque de fortune, improvisés souvent sur place par le désir de bien faire qui animait chacun.

D'autre part, de nombreux documents — photographies, radiographies (décalcification dans les paralysies globales), courbes dynamométriques, fiches sur la microsphygmie, etc. — ont été abandonnés dans notre retraite précipitée. Nous voulons espérer que ces difficultés, dues aux circonstances de notre vie militaire, pourront nous attirer une indulgence bienveillante ; ces mêmes circonstances justifieront une bibliographie des plus restreintes.

Nous ne saurions conclure cette petite introduction qu'en remerciant une fois de plus M. Baudouin, heureuse de cette occasion pour rendre hommage non seulement à sa si haute valeur scientifique — d'autres sont plus qualifiés pour l'apprécier — mais encore et surtout à sa probité professionnelle, à sa conception si élevée du devoir d'un médecin digne de ce nom. En cela, il nous restera toujours un exemple.

Octobre 1918.

PRÉFACE

Voici de longs mois que notre petit travail n'attend que sa dernière rédaction (1), mais des circonstances multiples sont venues retarder l'accomplissement de ce dernier acte de notre vie d'étudiante ; aussi sommes-nous à nous demander si notre étude est encore de mise, si elle n'est pas périmée ?

La guerre finie, nos pithiatiques, nos algiques, nos psychasthéniques vont-ils rentrer dans le rang et se cantonner dans le cadre somme toute restreint, qui leur était octroyé dans la clinique moderne d'avant-guerre ? Rien n'est moins certain.

Le fonctionnel de guerre n'a pas encore parachevé son circuit hospitalier. D'autre part, et surtout les conditions sociales actuelles ont déterminé chez le névrosé en général et l'accidenté du travail en particulier une exacerbation violente de leur syndrome morbide : en effet, des revendications sociales outrancières sont venues

(1) Les difficultés croissantes de la vie, de même que la majoration folle des prix d'impression nous ont forcée à ne conserver qu'un tiers environ de notre travail, tel qu'il était dans sa première rédaction. Nous avons supprimé en particulier tout le chapitre sur la symptomatologie, de même que les nombreuses observations présentées sous la forme de tableaux synoptiques.

aggraver un terrain déjà sursensibilisé par l'épuisement nerveux consécutif à l'épreuve de ces 5 dernières années. Une sorte de « folie des foules », caractérisée par de la déséquilibration mentale et du défaut de jugement et de sens critique, semble en passe de se créer et prendre de suite une puissance de contagion surprenante. D'autre part, les états dépressifs dans leurs manifestations diverses trouveront des victimes.

Pour le pithiatisme lui-même la longue série de beaux jours ne semble nullement close : regardons la foule d'aujourd'hui : ne traverse-t-elle pas une crise de suggestibilité extrême ? On ne voit plus que des meneurs et des menés, donc des suggestionnés. Ajoutons en parenthèse que trop souvent les meneurs apparents ne sont que des marionnettes, des menés... Il n'importe : meneurs ou menés, l'hystérie les guette...

Enfin nous ne notons qu'en passant un facteur prédisposant d'importance primordiale, mais devenu, hélas, banal par sa fréquence : nous voulons parler de l'alcoolisme qui prépare tout aussi bien le lit à la névrose qu'à des affections organiques viscérales ou nerveuses.

Voici un tableau d'avenir bien désenchanté, nous dira-t-on. Certes, mais nous espérons fermement qu'il ne s'agit là que d'une phase critique toute passagère, et ce sera la tâche du médecin — à côté des autres institutions sociales — que de mettre tout en œuvre pour en atténuer les heurts dans la mesure du possible.

Juin 1919.

III

QU'ENTENDONS-NOUS PAR LE TERME « ETATS FONCTIONNELS » ?

Sera considéré comme fonctionnel tout état morbide ne correspondant à aucun syndrome organique classé, à aucune altération structurale nettement caractérisée.

Il est évident que cette définition ne saurait donner une satisfaction à l'esprit : ce n'est qu'un terme d'attente, dont le démembrement, sinon la suppression totale, semble être à l'ordre du jour... de demain.

En effet, l'absence de signes dits « d'organicité » ne prouve pas encore l'intégrité organique absolue ; toute fonction n'étant que l'expression de l'activité de l'organe correspondant, on peut même se demander si un trouble fonctionnel pur — sans substratum anatomique — puisse être admis. L'insuffisance de nos moyens d'investigation nous réduit aujourd'hui à des hypothèses invérifiables.

Quoi qu'il en soit, les troubles dont nous aurons à nous occuper peuvent être classés, comme il suit :

1° Pithiatiques purs.

2° Troubles réflexes ou physiopathiques.

3° Associations psycho-organiques.

4° Para-psychiques.

Le plus souvent d'ailleurs ces syndromes s'entrechoquent et s'enchevêtrent les uns avec les autres. Le 2^e et le 3^e groupes ne font-ils pas double emploi, ne pourraient-ils pas être fusionnés en un seul? Evidemment, tout est question de convention et nous savons fort bien que rien n'a été à l'abri de la controverse en ce qui concerne l'entité morbide, mise si heureusement en lumière et à l'ordre du jour par MM. Babinski et Froment. D'ailleurs, si l'accord est loin d'être fait sur la nature, l'étiologie et le pronostic de ce groupe nosologique, sa réalité clinique semble unanimement reconnue; aussi nous a-t-il paru légitime d'individualiser ce groupe de phénomènes qui, tout en traduisant une perturbation physique du système nerveux, ne semblent pas correspondre à une lésion nerveuse caractérisée; au contraire, dans notre 3^e groupe — associations psycho-organiques — on aura à côté des manifestations névrosiques diverses un élément organique net et précis.

Quant au tableau clinique du syndrome physiopathique, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à la définition de M. Babinski, si complète, concise et lumineuse (20, p. 77-78).

Sans être une entité morbide absolument inédite, la conception de MM. Babinski et Froment, hardie et originale, ouvre un vaste champ à toutes les recherches, à toutes les méditations.

Les controverses et les discussions soulevées n'ont

donc rien de surprenant ; comment en serait-il autrement, puisque au sujet de l'hystérie même, dont l'étude ne s'était jamais relâchée cependant depuis l'œuvre de Charcot, les plus grands de nos maîtres sont encore en désaccord sur plus d'un point. Son terrain pourtant avait été remarquablement déblayé par M. Babinski dans toute une série de travaux, en particulier depuis la communication devant la Société de Neurologie le 7 Novembre 1901 (2).

Nous n'allons pas passer en revue les débats soulevés à ce sujet : ils sont encore présents à tous les esprits ; mentionnons simplement quelques documents parmi les plus saillants :

Les deux articles du Professeur Bernheim (23 et 24) : l'hystérie est limitée à la crise seule, suite d'émotions greffées sur des états pathologiques hystérogènes divers. L'article de M. P. Sollier (66) et les réponses de M. Babinski (5 et 6).

La question fut ensuite discutée au Congrès de Neurologie de Genève en 1907 (8), puis à la Société de Neurologie de Paris en Avril et Mai 1908 (9).

Qu'est-ce donc que l'hystérie ? L'aphorisme de Lasègue : « L'hystérie n'a jamais été définie et ne le sera jamais » doit-il rester éternellement intangible ? Ce n'est pas l'avis de M. Babinski : la délimitation de l'hystérie étant faite, rien ne s'oppose plus à sa définition et il l'énonce de la façon suivante : « L'hystérie est « un état pathologique se manifestant par des troubles « qu'il est possible de reproduire par suggestion, chez « certains sujets, avec une exactitude parfaite et qui

« sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la « persuasion (contre-suggestion) seule » (2).

Malgré tout cela, sur bien des points les auteurs ont gardé leurs positions respectives; ainsi, par exemple, l'importance de l'émotion, comme facteur étiologique, serait prépondérante selon Dejerine, minime selon M. Babinski : les émotions violentes feraient même disparaître, dit-il, les phénomènes pithiatiques. « Quand une émotion sincère, profonde secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie » (7).

Les opinions sont également divisées en ce qui concerne les troubles trophiques, vaso-moteurs et sécrétoires survenus à la suite des paralysies ou des contractions de nature pithiatique.

On aurait pu croire que du moins le dogme de l'hystérie « une et indivisible » (Brissaud) avec ses grandes attaques stéréotypées et ses stigmates fixes avait vécu ou du moins avait été profondément ébranlé. Aussi n'est-on pas peu surpris de constater que même sur ces points essentiels M. P. Sollier est d'avis contraire. Il préconise en effet dans son œuvre récente « le retour à la conception clinique de Charcot » (68).

La réalité des stigmates hystériques est également admise par Lentz; par Monodino (in 20, p. 46).

En présence de cette divergence de vue totale sur des points fondamentaux, nous nous trouvons sans base pour affirmer la part exacte du pithiatisme, du psychisme et des phénomènes d'ordre réflexe dans les états morbides — mixtes le plus souvent — que nous avons eu l'occasion d'observer.

Nous avons, il est vrai, tenté sous la direction du Docteur Baudouin quelques recherches biologiques : l'étude du liquide céphalo-rachidien, celle de l'état de tonicité du système vague et du système sympathique, la recherche systématique de la pression artérielle du réflexe oculo-cardiaque, de la microsphygmie asymétrique, etc. Mais ces études demandent à être poursuivies d'une façon plus tenace et plus méthodique ; il faut avoir beaucoup travaillé et beaucoup réfléchi avant d'oser en tirer une conclusion quelque peu raisonnée. Aussi estimons-nous plus sage de nous contenter pour le moment d'un simple aperçu clinique.

Il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots de notre dernier groupe que nous avons nommé, faute de mieux, troubles parapsychiques. Nous y placerons les états morbides frisant la psychiatrie : ce sont des algiques psychiques, des hallucinés de la douleur pouvant aller jusqu'à l'anxiété, la phobie, l'hypocondrie. L'épine organique, lorsqu'elle existe, est ici encore minime : un traumatisme insignifiant, quelque trouble viscéral ancien, guéri, ne subsistant plus que dans le psychisme du malade et expliquant la localisation du trouble actuel.

IV

LA GENÈSE DES TROUBLES FONCTIONNELS ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

1^o **Fréquence.** — En se rapportant aux chiffres donnés par les auteurs, — Professeur Grasset, M. P. Sollier (la statistique du dernier s'appuie sur plus de 18.000 cas) — on peut évaluer à 30 p. 100 les troubles fonctionnels par rapport aux autres atteintes du système nerveux.

2^o **Les antécédents ante bellum.** — La prédisposition névropathique, héréditaire ou acquise, ne paraît avoir « qu'une importance accessoire », dit M. Babinski (20 p. 30).

C'est également l'opinion du Professeur Grasset (41). Elle pèserait, au contraire, « d'un poids très lourd » d'après M. Roussy (64, p. 43). Nous n'avons jamais pour notre part fait la moindre statistique; nous n'avons d'ailleurs jamais songé que les cas observés feraient un jour l'objet de notre thèse. Deux constatations ont cependant attiré notre attention : la rareté des antécé-

dents névropathiques et la fréquence d'une constitution débile, psychique et physique : l'insuffisance de leur sens critique, du contrôle du moi rend en effet ces sujets très aptes à recueillir le germe névrosique.

De nos centaines d'observations nous avons extrait une quarantaine, dont le tableau clinique et l'évolution (guérison, amélioration, échec) nous ont paru les plus caractéristiques. En faisant une révision rapide du seul point de vue « antécédents », nous constatons que seuls nos « crisards » présentaient une prédisposition névropathique ou toxique fréquente.

3° Rôle de l'émotion et de la commotion. — Il demeure fondamental pour MM. Roussy et Lhermitte (58); nous avons noté la part, au contraire, infime qu'accordait à l'émotion M. Babinski dans la genèse de l'hystérie.

La leçon de la guerre n'a fait que le confirmer dans sa façon de voir : ce sont les observations faites sur la ligne de feu par M. Dide, par M. Clovis Vincent (in 20, p. 31-38), dont le courage et le sang-froid sont tout aussi connus que la puissance d'observation, par Jean Clunet, tombé depuis au champ d'honneur, dont les recherches faites lors du naufrage du « *Provence II* » sont particulièrement instructives et intéressantes. Ainsi nous y voyons que les phénomènes hystériques ont bien voulu attendre pour se déclencher le moment opportun, où ils ont pu le faire sans inconvénient, — après le sauvetage.

N'est-il pas d'ailleurs de notion courante que quelque violentes et désordonnées que soient les manifestations hystériques, le malade s'en accommode fort bien et ne

se hasarde jamais à des actes qui pourraient lui porter quelque préjudice grave. C'est ce qui a fait dire à M. Babinski que « la sincérité des hystériques connaît des limites », que « c'est en quelque sorte un demi-simulateur » (11).

Si l'émotion-choc, l'émotion-accident ne paraît pas être un agent provocateur courant des états pithiatiques, il n'en est plus de même pour l'émotion continue ou « état affectif », qui amène à la longue un épuisement nerveux, une défaillance de la résistance morale et du sens critique.

Quant à la commotion, on distinguera naturellement la forme directe, par choc physique et la forme indirecte, par vibration aérienne, « vent de boulet » des guerres de l'Empire.

L'intervention de l'émotion est-elle toujours inévitable dans toute commotion? On peut à ce point de vue distinguer les cas où le commotionné a perdu connaissance et ceux où il l'a conservée. Perdre connaissance, n'est-ce pas se mettre à l'abri de toute excitation, donc de toute émotion? Parmi les troubles névrosiques post-commotionnels, c'est la camptocormie et l'astasiabiasie qui figurent en première ligne; les tremblements, les troubles sensoriels sont également fréquents. On peut d'autre part, observer quelques troubles mentaux, tel le puérilisme ou bien encore un syndrome confusionnel léger occupant l'intervalle entre le choc initial et l'éclosion des troubles névropathiques; il fut surtout étudié par M. Dumas (40). Quelle est la pathogénie de « l'état confusionnel intercalaire » de M. Dumas? L'in-

toxication étant la génératrice par excellence de la confusion mentale, c'est de ce côté que se dirige la pensée; l'influence des émotions sur les fonctions sécrétoires est d'une observation banale; une auto-intoxication pourra donc en résulter; d'autre part, on connaît l'intoxication par l'épuisement musculaire : un épuisement nerveux — émotion continue, privation de sommeil, etc. — ne serait-il pas capable d'un rôle analogue?

4° Les troubles physiopathiques. — L'existence d'un trouble physique, matériel, quoique indécélable pour nos moyens d'investigation actuels, constitue le point central de la controverse au sujet du syndrome physiopathique, localisé — on le sait — aux confins de l'organicité et de la névrose.

Trois théories dominant sa genèse :

a) La théorie réflexe de MM. Babinski et Froment (20, p. 151), tributaire du même mécanisme d'ordre réflexe qu'avaient invoqué Vulpian et Charcot au sujet de troubles objectifs sérieux — amyotrophie, contractilité, hyperréflexivité — observés quelquefois à la suite d'une arthrite souvent fruste. Les éléments de l'acte réflexe seraient : un nerf centripète provenant du foyer traumatisé, le centre nerveux (les grandes cellules des cornes antérieures), un nerf centrifuge, — le sympathique en l'occurrence.

Les troubles vaso-moteurs et thermiques dénotent en effet la perturbation de ce système, son excitation le plus souvent.

Aussi R. Leriche avait-il tenté dans un but thérapeutique la sympathectomie péri-artérielle (47) dans les cas de causalgie ou de troubles réflexes; le succès obtenu ne s'est pas maintenu, mais il n'en est pas moins vrai que cette intervention a la portée d'une expérimentation physiologique. Une autre vérification, purement expérimentale celle-ci, s'adresse à l'adrénaline, substance sympathicotonique par excellence (MM. Sicard, Roger et Simoni, in 20, p. 160).

Quant au trouble moteur, les auteurs ont fini par accorder une part très large à la majoration pithiatique; enfin ils admettent que l'immobilisation elle-même peut jouer un rôle, de second plan, dans la genèse de leur syndrome.

b) La théorie dynamogénique de MM. Claude et Lhermitte (32). Les auteurs admettent qu'à l'origine des troubles moteurs une épine organique (blessure légère), peut agir par un mécanisme réflexe; ensuite ces troubles sont fixés par un phénomène psychique; quant à la série physiopathique — et c'est ici surtout que les auteurs se détachent de la conception précédente — elle ne serait que secondaire, liée à l'immobilisation prolongée et aussi à la constitution antérieure du sujet.

Les centres moteurs du membre impotent n'étant plus soumis à un stimulus périphérique normal, on pourrait observer à la longue un trouble de l'état dynamique du centre : exaltation en cas de contracture, inhibition dans les paralysies. Au contraire, convenablement traités, tous ces troubles devraient disparaître sans

laisser des déficits circulatoires, articulaires, trophiques.

c) La théorie dyskinétique de MM. Roussy, Boisseau et d'Oelsnitz (63, 64). Elle ramène davantage encore les troubles physiopathiques à l'hystérie pure et simple : il ne s'agirait que de troubles secondaires, survenant chez les prédisposés et provoqués par le trouble moteur pithiatique primitif.

Les causes déterminantes seraient : 1° un état mental spécial; 2° l'immobilisation antalgique ou bien encore l'utilisation vicieuse prolongées.

Quant à la prédisposition, elle serait tantôt constitutionnelle, tantôt acquise par la vie de campagne; ses éléments seraient : la diathèse articulaire, l'hyperréflexivité tendineuse, enfin et surtout les troubles circulatoires trahissant un dérèglement du système sympathique vasculaire.

Le fait clinique est indéniable : nous avons été, nous aussi, frappée par cette vaso-motricité déficiente que signale M. Roussy : l'acro-cyanose, l'hyperhidrose, la microsphygmie bilatérales, quoique d'un degré différent; aussi l'avons-nous enregistrée dans quelques-unes de nos observations comme un élément surtout de pronostic, peut-être de prédisposition. Il nous semble, en effet, que, pour ériger cette hypothèse au rang d'un élément constant d'une théorie générale, il aurait fallu pouvoir affirmer la préexistence par rapport au traumatisme de cette tendance latente au dérèglement vasculaire bilatéral, tendance qui est loin d'ailleurs d'être constante. Enfin et surtout comment ne pas tenir

compte des lois des réflexes des physiologistes : symétrie, irradiation, généralisation ? Nous rappelons à ce propos la très intéressante remarque faite par M. Casmus au sujet d'un blessé présenté le 9 Novembre 1916 à la Société de Neurologie par MM. Babinski et Froment : ici, disait-il, les lois des réflexes sont observées, sauf que la bilatéralisation est dans les expériences physiologiques très rapide, ici très lente (17).

Passons à l'étude des deux facteurs déterminants invoqués par M. Roussy.

5° Rôle de l'immobilisation. -- C'est elle qui, d'après MM. Roussy, Claude, Sollier, etc. (65, 39, 68), crée l'apparition des troubles physiopathiques ; c'est le retour de la mobilité normale qui tend à les faire disparaître. M. Babinski, au contraire, conteste absolument à l'immobilisation pure et simple, c'est-à-dire non déterminée par quelque lésion organique, le pouvoir de créer autre chose qu'un trouble circulatoire local, léger et sans importance, et il cite à l'appui de sa façon de voir les cas observés par M. Souques et ses élèves (in 20, p. 168), de même que par M. Vincent (76, 78, 79) « les troubles réflexes une fois installés, dit ce dernier, un entraînement, même intense et prolongé, est incapable de les faire disparaître, ni même rétrograder ». L'enseignement de nos observations personnelles nous incline à penser, nous aussi, qu'il n'y a pas de parallélisme absolu entre l'évolution des troubles moteurs et des troubles physiopathiques. Evidemment, quand le pithiatisme, traduit par le trouble moteur, l'emporte de

beaucoup sur les phénomènes physiopathiques, on peut escompter une guérison rapide et avec retour parfait, cliniquement parlant, à l'état initial. Si, au contraire, la série physiopathique est fortement accusée, quand surtout il y a de la bilatéralisation, la guérison est incertaine, incomplète, lente, fragile : les phénomènes physiopathiques s'atténuent, il est vrai, dès le retour de la mobilité active, mais bientôt les deux courbes se séparent : celle du trouble moteur tend vers la guérison, sans toutefois l'atteindre (la méiopragie résiduelle étant de règle dans ces cas), celle de la série physiopathique ne bouge plus; le résultat acquis reste, mais ne progresse plus ou ne progresse que peu. Une dernière considération : si le rôle de l'immobilisation était prépondérant, la curabilité devrait être fonction de l'ancienneté de l'accident. Passons donc à l'étude de ce facteur.

6° Ancienneté de l'affection. — Les partisans de la théorie de l'immobilisation attachent naturellement un rôle important à la notion du temps. Le contraire aurait été illogique. « La durée du traitement est inversement proportionnelle à l'ancienneté de l'affection, dit M. Roussy » (53). « La notion du temps joue un rôle capital », confirme M. Claude (32).

Eh bien, ce n'est pas tout à fait l'impression qui se dégage de l'étude de nos observations : il se trouve que dans le groupe de nos 7 paralysies les plus anciennes (1 an 1/2 à plus de 3 ans), les phénomènes physiopathiques étaient absents ou discrets; aussi la guérison a été rapide (2 à 6 semaines) et, cliniquement parlant,

parfaite. Au contraire, parmi nos 6 cas relativement récents, 2 ont été dirigés sur l'intérieur après 4 mois de traitement énergique, et malgré une mentalité excellente; le troisième part en permission après 3 mois de traitement, mais présente encore des séquelles importantes : au dynamomètre 40 du côté malade contre 70 du côté sain; le cortège des troubles vaso-moteurs réapparaît dès qu'il fait froid (ou après immersion dans de l'eau froide). Enfin les trois derniers, n'ayant jamais présenté des troubles physiopathiques, ont guéri rapidement et complètement.

Ceci est d'ailleurs tout à fait conforme à l'enseignement de M. Babinski et à sa conception pathogénique. Il invoque à ce sujet le témoignage de Charcot et Vulpian que l'amyotrophie dite réflexe peut se développer très peu de temps après le traumatisme, et il ajoute, qu'il est permis d'en dire autant des troubles vaso-moteurs et thermiques (20, p. 166).

7° L'état mental du fonctionnel — C'est là un facteur absolument dominant, car c'est lui qui détermine l'éclosion des accidents, les fixe et en règle même, en très grande partie, l'évolution (abstraction faite naturellement des phénomènes physiopathiques).

Sur ce point tous les neurologistes semblent être d'accord. Aussi les conceptions d'ordre doctrinal ont beau s'entrechoquer et s'enchevêtrer, la déduction pratique reste la même : nécessité du dépistage précoce et de la mise en œuvre immédiate des méthodes psychophysiopathiques.

Quel est donc ce psychisme particulier, propre à nos « éclopés » du système nerveux? Nous avons déjà noté que si la prédisposition névropathique était tout à fait inconstante, une lourde contribution a été payée par des débiles, que leur sens critique à peine existant et toujours fragile ne mettait pas à l'abri d'une perturbation de la conscience. D'autre part, ces êtres frustes et souvent têtus ont une tendance particulière à la ténacité des troubles ancrés dans leur esprit; en même temps leurs sincérité et bonne foi sont souvent parfaites. Plus d'un parmi eux nous est venu après avoir été taxé de simulateur, fait même de la prison; aigri, buté, enraciné dans son mal, il se croyait plus incurable que jamais.

Une autre face de la question, au sujet de laquelle nous avons déjà jeté le premier jalon dans notre introduction, est formée par l'exaspération morbide de l'instinct de la conservation, la base du psychisme de la plupart des fonctionnels.

Est-ce à dire que ce soient des hommes particulièrement pusillanimes? Pas du tout : cet état morbide n'exclut pas le courage le plus éprouvé, et bon nombre de nos malades avaient derrière eux un passé militaire des plus glorieux; mais le surmenage et les souffrances de la guerre ayant déterminé un fléchissement momentané de leur résistance physique et morale, le sentiment de la conservation, refoulé d'habitude par la notion du devoir, a réussi à reprendre le dessus et à pénétrer absolument leur subconscient, rarement leur conscient.

Et les autres, les piliers des conseils de réforme dont le passé militaire ne parle que de stages prolongés dans des formations sanitaires ? Eh bien, le fait par lui-même ne prouve encore rien, et il y a bien des chances que, convenablement traités, ils auraient pu être récupérés dès le premier abord.

Ils ont souffert des misères du front, parfois ils ont été simplement impressionnés par des récits des camarades ; une bonne petite maladie chronique, une petite infirmité même, leur apparaissaient comme un sort enviable : c'est la fameuse « bonne blessure », c'est le « filon » du poilu. De là, à se suggestionner d'en être atteint, il n'y a qu'un pas, rapidement franchi.

N'est-ce pas là, toutes proportions gardées, le même processus psychologique qui se passe dans le subconscient d'un bon petit garçon qui voudrait bien couper à l'école, mais qui n'entend pas charger sa conscience : il n'inventera pas un malaise de toutes pièces, mais le moindre petit bobo lui sera le bienvenu. Et ce serait une faute que de lui dire durement : « Tu mens, tu n'as rien ». Il sera aigri, il sera buté : il faut lui laisser une porte de sortie honorable.

Eh bien, nos psychonévrosés se sont également mis en règle avec leur conscience : ils se croient impotents et ils sont tout à fait résignés à demeurer incurables.

Sur cette base psychique commune on voit se différencier, par leur façon de réagir surtout, deux types principaux : d'une part, le fonctionnel banal, à volonté défaillante, confiné dans l'inertie morale et psychique, quelquefois avec appréhension morbide, pouvant réa-

liser un état phobique, de l'anxiété; c'est ici que nous placerons entre autres nos psychasthéniques, nos algiques psychiques, les hallucinés de la douleur.

Le second type, moins fréquent, c'est le récalcitrant, la mauvaise tête; ici la volonté n'est pas en défaut, mais elle est déviée, pervertie. Il est évident que la façon de réagir se manifestera différemment, selon le tempérament respectif de chacun : tandis que le subconscient de notre aboulique murmure timidement : « Et puis si je guéris il faudra retourner aux tranchées... c'est trop terrible, » celui du second a le verbe haut « Retourner aux tranchées? plus souvent... ils ne m'auront pas. » D'où l'opposition au traitement, passive chez le premier, bruyante, révoltée, insolente même parfois, chez le second. « Je ne permettrai pas qu'on me torture, puisque je sais qu'il n'y a rien à faire. »

C'est ici qu'intervient favorablement la bonne atmosphère de confiance qui est la collaboratrice la meilleure du neurologiste ayant su la créer. Disons tout de suite que, malgré l'apparence, c'est le dernier type, le récalcitrant, qui comporte le pronostic le meilleur. C'est qu'il a du ressort, lui, ce qui manque absolument à notre aboulique.

Quelquefois les choses se gâtent : le malade très ennuyé de se voir guérir, s'accroche désespérément à son mal imaginaire. S'il était sincère au moment de l'éclosion et de la fixation de ses troubles, il l'est beaucoup moins dans leur exagération et persévération. Un appoint de simulation est en ce moment possible; mais encore faut-il faire la part exacte du conscient et du

subconscient, car c'est cet élément seul qui permet de juger un simulateur; en effet, le terme de « simulation inconsciente » nous a toujours paru sinon incompréhensible, au moins peu heureux et prêtant à confusion. D'ailleurs, la simulation que l'on qualifie de consciente, c'est-à-dire la seule vraie, intégrale, est extrêmement rare.

8° Simulation. — On peut lui distinguer, trois formes, selon la phase de l'état morbide qu'elle contribue à réaliser : simulation de création, de fixation ou de persévération, enfin d'exagération.

La simulation créatrice — la seule vraie, pure — est rare, généralement maladroite, facile à dépister et à démasquer. Il est extrêmement difficile, au contraire, de faire la part exacte de la simulation chez un exagérateur ou un persévérateur : c'est, en effet, sa bonne ou sa mauvaise foi qui est le seul élément différentiel entre le psychonévrosé, qui cherche à persuader tout le monde — en commençant par lui-même — de la persistance réelle de ses troubles, et le simulateur, dont le sens critique très en éveil a pleinement reconnu la guérison, mais qui est fermement résolu de n'en rien faire paraître.

Comment dépister la simulation? On connaît les procédés habituels d'investigation : la surveillance exercée à l'insu du sujet suspecté, les petites ruses pour fatiguer son attention, dérouter sa méfiance, provoquer par surprise certaines réactions.

La tâche aurait été relativement facile, si, conformé-

ment à l'opinion de M. Sollier, les caractères cliniques des syndromes fonctionnels étaient soumis à un « déterminisme aussi précis, aussi rigoureux que ceux des syndromes organiques » (68). Malheureusement, cet avis n'est pas universellement partagé : M. Chavigny estime en effet que le caractère particulier à l'hystérie et à quelques névroses, c'est précisément d'être modifiables par ces mêmes moyens de surprise ou de ruse. Et il ajoute : « Ce n'est pas parce qu'on a pu mettre le malade en défaut que la simulation est démontrée » (in 20, p. 208). M. Babinski, de son côté, avoue que le diagnostic entre l'hystérique (qui serait une sorte de demi-simulateur) et le simulateur ne repose que « sur des arguments d'ordre moral » (20, p. 209).

En effet, l'ensemble, la manière d'être d'un simulateur constitue souvent un signe de présomption précieux. Ce n'est pas chez lui que l'on rencontre le refus brutal et insolent de traitement; soucieux au contraire de ne pas s'aliéner les bonnes grâces du médecin, il exécute docilement ses prescriptions; il pousse même la sollicitude jusqu'à veiller à ne pas le décourager, ni le lasser. « Oh, il y a du mieux, M. le Major ». De temps à autre, il daigne effectivement nous donner la satisfaction d'une petite amélioration. Mais il va de soi que dans ces cas le traitement et la guérison doivent être brusqués à tout prix. Sans cela, la récurrence — nous n'osons pas dire la rechute, puisque ce n'est pas un malade — est fatale, dès que les conditions lui paraîtront favorables.

Un autre état psychique, rare également, mais morbide celui-ci, est la sinistrose.

9° Sinistrose. — Très rare, au moins dans la zone des armées, c'est à peine si nous en avons observé 2 ou 3 exemples. D'ailleurs, M. Sollier dit ne l'avoir pas observée plus de 5 ou 6 fois sur plus de 18.000 malades (68).

Elle peut devenir un agent de persévération des états fonctionnels ; elle en est rarement la créatrice. En plus, elle leur surajoute son syndrome propre, qui peut se présenter sous deux formes, bien distinctes :

a) La sinistrose revendicatrice, à préoccupations d'ordre pécuniaire était la plus rare : cette mentalité s'est probablement vulgarisée avec le temps, mais à l'époque où on se massacrait encore, la question pécuniaire n'entrait pas en ligne de compte : se mettre à l'abri des dangers et des misères du front, cela seul importait.

Les Professeurs Grasset et Cestan (41) assimilent cependant les psychonévrosés aux accidentés du travail et estiment qu'ils ne guériront qu'à la liquidation du litige. Mentalité de l'arrière probablement.

b) La sinistrose, caractérisée par des préoccupations hypocondriaques, frise le domaine de la psychiatrie : le sujet est confiné dans la phobie, dans l'obsession de son accident, peut aller jusqu'à l'anxiété. Ici le terrain névropathique est fréquent.

M. Sollier cite trois cas (68) où la phobie, l'appréhension du front avaient pris un caractère assez obsédant pour pousser les malades, sous le coup de retour à l'armée, au suicide.

L'absurdité de l'acte — celui de Gribouille se jetant dans l'eau pour éviter la pluie — est la preuve la meil-

leure qu'il ne s'agit pas ici de pusillanimes, de lâches, mais de vrais psychiques. Leur instinct de conservation est moins exalté que dévié, dépravé.

Une autre preuve en est fournie par leur peu de réaction au moment des bombardements de l'hôpital : les plus impressionnés étaient les excités, mais la grande majorité de nos fonctionnels restait impassible et ne descendait à la cave qu'après des invitations répétées. Bon nombre refusaient carrément de quitter le lit.

TRAITEMENT

Si la pathogénie, l'étiologie, le pronostic de certains états fonctionnels sont demeurés sujets à des controverses, il n'en est heureusement plus de même pour les déductions d'ordre pratique, — pour le traitement ; la psycho-physiothérapie est en effet adoptée actuellement dans ses grandes lignes par la totalité — ou peu s'en faut — des neurologistes ; le détail seul varie, évidemment, selon le cas clinique, selon la conception doctrinale du praticien, selon son tempérament aussi.

Nous nous sommes déjà étendue ailleurs sur les considérations qui ont présidé à la création des C. N. de l'avant. C'était là une mesure salubre qui s'imposait et, somme toute, les espérances fondées ne furent point déçues.

L'influence bienfaisante de l'atmosphère de l'avant sur nos accidentés du système nerveux est un fait d'expérience indiscutable ; l'importance pour eux d'un traitement précoce et rationnel tombe sous le sens et ne demande pas non plus à être démontrée.

Ce n'est pas que nous considérions les troubles fonctionnels anciens comme incurables, ni même particulièrement rétifs au décrochage.

Nous irons même plus loin et nous dirons que ces vieux chevaux de retour sont quelquefois une acquisition précieuse. Cela n'a que l'apparence d'un paradoxe : les cures des cas présumés invétérés impressionnent en effet beaucoup l'entourage et créent une contre-suggestion des plus salutaires.

Il n'en est pas moins vrai que ce bon effet thérapeutique ne compense nullement la suggestion désastreuse exercée par le malade au cours de ses pérégrinations hospitalières ; c'est ainsi que se créent ces milieux de culture névrosique qui ont permis l'éclosion d'une symptomatologie exubérante, rare et même en partie inédite pour la clinique moderne ante bellum, mais évoquant les souvenirs des cours des miracles des temps passés.

Enfin en dehors même de ces considérations sur la contagiosité nerveuse, le traitement rationnel et précoce est avant tout un agent de prophylaxie pour le sujet même et le met à l'abri de bien des déboires : tous les neurologistes — M. Babinski en tête — ont signalé des cas où l'erreur initiale du diagnostic ou même simplement un manque de doigté dans la thérapeutique ou au cours de l'examen ont pu inculquer dans l'esprit du sujet des représentations mentales funestes par leurs suites. M. Laignel-Lavastine en cite un exemple édifiant.

Et les manifestations pithiatiques n'épuisent pas les complications pouvant survenir : les prédisposés peu-

vent devenir de véritables phobiques, des anxieux, des hypocondriaques, bref des psychiques, dont la guérison est extrêmement laborieuse.

Si depuis la création des C. N. des armées, les psycho-névrosés ne filtraient plus que rarement à l'intérieur, l'écueil difficile à éviter fut fourni par des hystéro-traumatismes avec plaie.

C'est par des services de chirurgie qu'ils commençaient le plus souvent leur cycle sanitaire ; soignés par des procédés chirurgicaux habituels, ces névrosés auraient pu servir de démonstration expérimentale — si la chose n'avait pas été jugée depuis Charcot — de l'action néfaste pour ces malades de l'immobilisation et des appareils de contention ou d'orthopédie. En dehors de l'entrave physiologique, ces appareils exercent une suggestion fâcheuse et contribuent à la création ou à la fixation des représentations mentales diverses.

Il importe donc que les chirurgiens soient avertis et deviennent des collaborateurs des neurologistes en assaisonnant le traitement chirurgical d'une psychothérapie bien comprise et en passant la main au spécialiste du système nerveux dès que le stade de chirurgie pure est achevé. Il aura à se méfier tout particulièrement en cas d'une discordance patente entre les troubles fonctionnels intenses et étendus et les lésions peu sévères : ce sont en effet « les petits blessés » qui deviennent volontiers de « grands fonctionnels ».

Quels sont donc les moyens psychiques employés ? Nous ne parlerons pas de l'hypnotisme : si sa vogue est encore grande en Angleterre (Pr. Myers), de même

qu'en Russie. (M. Podiapolsky) où on aurait eu de bons résultats, il n'en est plus de même en France, où on lui reproche d'augmenter la suggestibilité, l'automatisme déjà si prononcés chez ces sujets, de diminuer le pouvoir, déjà déficient, de leur synthèse mentale. Somme toute, le neurologiste français n'y recourt qu'après avoir épuisé les ressources de la suggestion à l'état de veille ou — ce qui est mieux encore — de la persuasion raisonnée, traitement idéal. On conçoit que ne saurait en bénéficier qu'un malade en quelque sorte également idéal ; au contraire, le malade courant, banal, exige une thérapeutique plus terre à terre, plus matérielle, moins abstraite. On recherchera donc l'appui d'un adjuvant : c'est à l'électricité que l'on a recours le plus souvent, sa valeur suggestive étant en effet des plus efficaces ; cela ne veut pas dire cependant que ce soit là le seul adjuvant à notre disposition : leur arsenal est au contraire des mieux fournis et nous croyons, pour notre part, qu'il n'est pas mauvais d'en combiner et varier les effets sans faire fi même de petits moyens aussi désuets et déconsidérés que le bleu de méthylène, mica panis, aqua simplex solennellement administrés. Ici plus que jamais la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

La persistance des manifestations de la série physiopathique après le retour de la motilité active commande évidemment le concours des agents spéciaux ayant une valeur intrinsèque réelle et non seulement suggestive ; tels les bains d'air chaud, la balnéothérapie, la cure de lumière, la diathermie. Des procédés complexes ont

été mis en œuvre dans d'autres centres : le redressement sous anesthésie avec immobilisation consécutive, immobilisation avec extension continue, alcoolisation des nerfs, interventions sanglantes portant sur les cicatrices, les tendons, les articulations mêmes...

Nous avons déjà mentionné la sympathectomie périartérielle de M. Leriche.

D'autre part, on ne négligera pas la surveillance de l'état général : ainsi, par exemple, la pesée hebdomadaire était appliquée à tous les malades du centre : en dehors du renseignement utile au médecin, cette pratique influençait heureusement le malade, ne fut-ce que pour lui démontrer que le régime sans viande ni vin ne lui était nullement préjudiciable. On cherchait également à le désintoxiquer en régularisant ses garde-robes, en préconisant des douches, et ainsi de suite.

On sera sobre en médications pharmaceutiques... Cependant, les bromures d'une part, la strychnine et l'arsenic d'autre part, trouvent assez souvent leur indication.

Dans quelques cas rares, dans les algies psychiques viscérales notamment, nous avons eu recours au gavage ; le succès fut éclatant.

En résumé, ici, comme toujours, il faudra pratiquer ce qu'on pourrait appeler une médication « convergente ».

Ces grandes lignes de la thérapeutique tracées, il nous reste à exposer, comment nous avons appliqué la théorie à la pratique. Reconstituons d'abord le cadre. Les malades dont nous avons à nous occuper (ser-

vice de M. Baudouin) étaient répartis de la façon suivante : en bas, où on avait individualisé une quinzaine de box, régnait une discipline rigide : pas de permissions, pas de visites (on n'est jamais allé jusqu'à supprimer les lettres — mesure par trop cruelle, déprimante et susceptible de nous aliéner la sympathie et la confiance du malade), pas de jeux, défense de fumer, défense de quitter le lit, sauf pour l'exercice de la rééducation et l'électrisation, régime spécial dit nerveux (sans viande, ni vin), aggravé dans des cas rares particulièrement rebelles par quelques jours de régime Guelpa.

Voici pour le service d'en bas :

En haut, nous avons deux dortoirs de 30 lits et 5 petites pièces à 3 lits chacune : ces dernières nous servaient soit pour des mentaux particulièrement violents et exigeant une surveillance spéciale, soit pour des organiques graves — tels les myélites, les méningites, la paralysie ascendante, etc. —, soit enfin pour des fonctionnels soumis à un isolement mitigé.

L'installation fut des plus sommaires : comme rééducation physique rien que la course, le saut à la corde, les mouvements d'assouplissements divers appropriés à chaque cas; comme appareils, rien qu'un petit Sandow. Et cependant, grâce à l'ingéniosité et à l'acharnement que dépensait le personnel (les infirmières étaient peu nombreuses, mais bien stylées et mettaient du cœur à l'ouvrage), les résultats furent plus qu'honorables.

Revivons en pensée l'évolution dans ce cadre d'un de

nos fonctionnels schématiques, d'une paralysie réflexe, par exemple.

On l'installait pour commencer dans le service d'en haut et on le laissait pendant quelques jours s'imprégner de l'atmosphère de la maison ; on l'observait sans en avoir l'air. Plus d'un venait nous interroger sur un ton tantôt anxieux, tantôt sceptique : « Croyez-vous que je vais guérir ? Voici si longtemps que je traîne dans les hôpitaux. » Nous répondions que tout en l'espérant, nous ne pouvions rien affirmer avant un examen approfondi.

C'est que, en effet, nous avons remarqué — dès les premières semaines de notre service au centre — qu'un examen détaillé, souvent superflu au point de vue du diagnostic, avait une valeur thérapeutique des plus efficaces : c'était le premier pas, et non le moins important, de la première phase de la psychothérapie.

On sait, en effet, depuis que M. Cl. Vincent l'a si bien montré le premier et MM. Roussy et Boisseau approfondi et développé avec tant de méthode, que la médication des fonctionnels comporte les temps successifs suivants : 1° Préparation ; 2° Réduction du trouble fonctionnel ; 3° Consolidation ; 4° Réentraînement militaire.

La préparation est sans conteste le temps capital : si le malade est « mûr » pour le décrochage, ce dernier devient un jeu.

En quoi consiste donc la préparation du sujet ? Suffit-il de faire pénétrer dans son esprit la conviction qu'il est « coïncé », qu'il guérira bon gré mal gré, car il n'y a pas moyen d'y échapper ? Faut-il s'acharner à lui

rendre par de menus « embêtements » du traitement le séjour à l'hôpital si odieux, qu'il finisse par accepter tout — même la guérison — afin d'obtenir son exeat ? Nous ne le pensons aucunement et ne considérons ces guérisons-là que comme des demi-succès.

Oui, le déclenchement pourra être facile, oui, les statistiques seront belles, mais ces guéris malgré eux, ces « blanchis » vont rechuter à la première occasion, souvent dès qu'ils se voient sortis de la domination du neurologiste qui a bien su « cambrioler » leur psychisme, mais n'a pas modifié le fond de leur mentalité, ni vaincu leur subconscient : en effet, la partie n'est gagnée que lorsqu'on a obtenu le consentement du subconscient à la guérison, lorsque le sujet a donné sa collaboration franche, active et librement consentie.

Mais revenons à notre « conversation thérapeutique »... Elle n'est pas toujours facile, car la débilité mentale et la mémoire obtuse sont fréquentes chez ces sujets ; elle demande donc de la bienveillance et de la fermeté à la fois. Bien faite, elle nous ouvre la mentalité du sujet : est-ce un anxieux, un phobique qui se croit profondément atteint ? Est-ce un sceptique rendu tel par les échecs thérapeutiques antérieurs ? (chez un névrosé, l'échec ne veut jamais dire l'effet nul — c'est toujours une aggravation) ; Est-ce la volonté en détresse d'un épuisé par l'effort militaire fourni ? S'agit-il au contraire d'un tire-au-flanc endurci ?

Deux formes extrêmes — en apparence au moins — résument le tableau : l'appréhension d'être devenu un incurable ou bien, au contraire, c'est la guérison avec

le retour consécutif au front qui est redouté par dessus tout. En dernière analyse, c'est toujours l'instinct de conservation qui intervient. Il est quelquefois si profondément ancré qu'il peut être prudent de ne point aborder cet obstacle — clef de voûte de résistance — de front et dès le premier abord, mais de le saper préalablement par des voies détournées : ainsi après avoir annoncé au sujet qu'il peut et doit guérir, on ajoute négligemment : « Quant à en refaire un combat-tant, c'est une autre question : on le verra plus tard ».

La phobie de la guérison qui dominait le subconscient du sujet se trouvait de cette façon du coup neutralisée et le premier barrage vaincu. Plus tard, l'évolution psychique s'étant effectuée, il finissait par accepter et souhaiter la guérison sans plus y mettre des conditions.

L'examen physique aussi détaillé, aussi complet que possible a également une grande valeur thérapeutique. En s'entourant d'une façon systématique des précautions préconisées par M. Babinski, on ne risque certainement pas d'inculquer au sujet des troubles moteurs ou sensitifs surajoutés et, en récompense du temps perdu, on sent avoir gagné la confiance du sujet. Un cas typique nous revient à la mémoire : c'était un scrupuleux, un sensitif, un anxieux, ayant présenté des crises diverses. Appelé pour la prise de l'observation, il nous répond avec un empressement, avec une volubilité excessifs, ne nous faisant grâce d'aucun détail, aussi minime soit-il. Enfin, nous procédons à l'examen physique... Tout d'un coup, G... éclate « Oh, je suis

content, je suis bien content ; j'ai confiance : je vois que je suis entre les mains des spécialistes : personne jamais ne m'a examiné comme ça ». Le fait est qu'après avoir inspiré la conviction que le diagnostic est sérieusement établi, on est plus à même pour affirmer au malade qu'il n'a rien de sérieux, qu'il guérira sûrement et rapidement en y mettant un peu du sien. Si, au contraire, on le lui dit après un examen de cinq minutes, on n'arrive le plus souvent qu'à le vexer, l'aigrir : « On ne m'a rien trouvé, se dit-il : c'est bien simple, on ne m'a même pas regardé ». Le voici buté pour longtemps.

L'examen sera complété, le cas échéant, par l'épreuve électrique, radiographique, du laboratoire. Dans d'autres cas, on s'adressera aux spécialistes des yeux, de la gorge, des oreilles.

Le diagnostic solidement établi, le malade mis en confiance, on procédait à la réduction du trouble moteur au « décrochage » basé sur la méthode brusquée de Babinski-Vincent.

C'est M. Baudouin lui-même qui s'en chargeait à l'aide du courant galvanique ou faradique tétanisant.

Que dirons-nous de la méthode électrique algogène, du « torpillage » de M. Cl. Vincent ? La question avait fait couler à l'époque beaucoup d'encre, par moments assez venimeuse ; nous croyons que si, dans bien des cas, le mot fait la fortune de la chose, ici c'était l'inverse : c'est le mot surtout qui avait effarouché le poilu d'abord, le public, les journalistes ensuite. Evidemment, cette méthode appliquée sans discernement,

à l'aveuglette, pourra donner des déboires et M. Vincent ne l'avait jamais érigée en règle unique et absolue, en panacée universelle; il a su en tirer des succès remarquables et nous-même, nous emportons la conviction après tout ce que nous avons vu à Château-Thierry que c'est là un adjuvant, précieux entre tous, permettant le décrochage brusqué de l'élément moteur et la disparition complète du trouble sensitif.

Dans notre centre, M. Baudouin se contentait généralement d'une réduction notable du trouble moteur sans chercher sa disparition totale : c'est la collaboration active du sujet qui devait dans la suite parachever la guérison.

Cette collaboration pourra être heureusement stimulée par la généralisation de la méthode métrique, sur laquelle avait insisté le regretté P^r Dejerine (35) : on enregistre les progrès acquis en se basant sur un élément de mesure qui peut être varié à l'infini : les sinus des angles d'extension et de flexion, les chiffres obtenus au dynamo, le nombre des sauts à la corde, etc.

Les cas difficiles seront soumis à l'isolement et l'alitement, aux séances biquotidiennes de la faradisation, à la révulsion sinapisée, etc., etc.

Pour enlever à la méthode tout cachet coercitif, il est bon d'alléger de temps à autre l'atmosphère par quelques petites gâteries, par exemple, un concours de la course, de saut à la corde avec quelques friandises comme prime aux gagnants. Loin d'affaiblir la discipline, ces petites fêtes sont utiles, car maintiennent la confiance et la bonne entente.

Une surveillance étroite est nécessaire jusqu'à la consolidation complète : ne pas se contenter d'à peu près, ne pas autoriser d'aller et venir tant que le malade n'est arrivé qu'à vaquer tant bien que mal à ses besoins. Ce n'est pas tout : il faut encore que les mouvements restent corrects en dehors du contrôle du personnel, ni même de celui du malade : il faut qu'ils soient entrés dans l'automatisme du sujet.

L'accident névropathique disparu, le sujet peut-il être considéré comme guéri ou bien n'est-il que blanchi ? Question difficile et cependant combien importante. Pour évaluer la valeur fonctionnelle d'un membre, il ne suffit pas de mesurer sa vigueur du moment : il faut tenir compte de son agilité, de sa résistance aux agents extérieurs — froid, humidité —, de la puissance de l'effort prolongé, etc.

Dans certains centres privilégiés, on avait créé tout un système de rééducation militaire. C'est à Salins, chez MM. Roussy et Boisseau que ces organisations ont atteint, paraît-il, le plus haut degré de perfection. Les résultats auraient été excellents et cela se conçoit, le principe d'un réentraînement à la vie militaire étant des plus rationnels.

Et cependant ces réentraînés eux-mêmes ne sont pas à l'abri de la rechute : nous en avons vu quelques-uns échoués ultérieurement à Château-Thierry.

Et alors voici la question qui s'impose : ne vaut-il pas mieux, après une consolidation suffisante, abandonner un peu le malade à lui-même, relâcher la surveillance médicale, relâcher surtout son influence. Ce

sont là des béquilles morales; il importe donc de les retirer pour s'assurer que le sujet peut se tenir debout tout seul. Cette phase d'indépendance relative franchie sans accroc, le sujet peut partir en convalescence. Ensuite le C. I. D. (Centre d'Instruction Divisionnaire) devrait suffire en pratique comme réentraînement militaire, à condition, bien entendu, qu'à la moindre rechute, le sujet soit renvoyé au centre de sa dernière hospitalisation.

VI

CONCLUSIONS

I. — Dès la première année de la guerre, les états dits fonctionnels sont devenus par leur fréquence, leur ténacité, leur puissance de contagion surtout un sujet de préoccupations graves pour le corps médical et pour le Service de santé.

Les Centres Neurologiques de l'intérieur n'arrivant pas à endiguer la diffusion de ces troubles, *la création des Centres de l'avant fut décidée* : à ceux-ci incombait la tâche de tendre des filets en arrière du front et former ainsi une ligne de barrage ininterrompue. C'était là une mesure salubre qui s'imposait et, somme toute, les espérances fondées ne furent point déçues.

II. — Si, en règle générale, le barrage fonctionnait d'une façon satisfaisante, il importe de signaler *les hystéro-traumatismes avec plaies* comme susceptibles de filtrer à travers et être aiguillés sur de mauvaises voies : c'est pendant la phase chirurgicale que la suggestion s'opère ; sa fixation se parachève ensuite dans un centre de physio ou de mécanothérapie.

Ce sont là en effet les deux premiers échelons du cycle sanitaire que va parcourir notre « *petit blessé* » en passe de devenir « *un grand fonctionnel* ».

Il importe donc que le chirurgien comme le mécanothérapeute soient avertis, — le premier pour faire associer au traitement chirurgical une psychothérapie appropriée, le second pour refuser systématiquement le droit d'entrée à tout névrosé tant qu'il n'a pas été débarrassé de la majoration psychopathique de ses troubles.

III. — Contrairement à ce qui se voyait dans l'hystéro-traumatisme classique, dans la neurologie de guerre *le terrain névropathique ne paraît avoir qu'une importance accessoire*; il étonnait même par sa rareté. Par contre, une lourde contribution a été payée par des *débiles*, la déficience de leur sens critique les rendant tout prêts pour recueillir le germe de la suggestion.

IV. — Sans avoir créé des formes absolument inédites, la neurologie de guerre a mis en lumière et à l'ordre du jour certains groupes nosologiques, dont le plus important a été individualisé par MM. Babinski et Froment, sous le nom de *troubles réflexes ou syndrome physiopathique*.

Il s'agit ici — et le terme « physio » le laisse déjà pressentir — d'une perturbation de l'élément organique, perturbation légère et surtout imprécise. Si la nature et l'étiologie de ce syndrome demeurent dans le

domaine de l'hypothèse pour le moment invérifiable, la réalité et la précision du tableau clinique sont par contre unanimement reconnues; l'accord s'est également fait sur le mode de traitement; quant au pronostic, il nous semble que l'épreuve de la durée tend à donner raison à M. Babinski. Nous y reviendrons.

V. — On constate assez souvent l'existence des *troubles de la série physiopathique* (acrocyanose, micro-sphygmie, hyperhidrose...) à *localisation bilatérale, quoique à un degré différent*. En nous basant sur l'évolution clinique des cas observés, nous nous croyons autorisée à voir dans cette vaso-motricité déficiente un élément de pronostic surtout; quant à la considérer comme un terrain de prédisposition, l'hypothèse est, certes, plausible de même que tentante, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Pour l'ériger au rang d'un élément étiologique constant ou du moins fréquent, il aurait fallu pouvoir affirmer la préexistence des troubles vaso-moteurs par rapport au traumatisme. D'autre part, comment ne pas tenir compte des lois des réflexes des physiologistes : symétrie, irradiation, généralisation?

VI. — *Les états fonctionnels sont-ils curables?* Les troubles sensitifs, moteurs, sensoriels et même viscéraux disparaissent d'une façon rapide et généralement complète, à moins qu'il n'existe un élément organique persistant.

La question est plus complexe en ce qui concerne les

paralysies réflexes, surtout quand il y a bilatéralisation des troubles physiopathiques : ces derniers s'amendent, il est vrai, dès le retour de la motilité active — question de peu de jours, le plus souvent —, mais bientôt les deux courbes se séparent : celle du trouble moteur tend vers la guérison, sans toutefois l'atteindre (la méiopragie résiduelle étant de règle dans ces cas); celle de la série physiopathique ne bouge plus ou presque.

Somme toute, *si l'amélioration est de règle, la guérison reste incertaine, incomplète, lente, fragile*, la restitution de l'état initial demeurant douteuse et toujours tardive.

VII. — *Les éléments du pronostic* : il nous semble indépendant de la localisation, de la forme, de l'intensité et même de l'ancienneté des troubles fonctionnels en présence : le décrochage sera sans doute plus ou moins dur à obtenir, mais aucun des éléments précités ne peut en préjuger l'impossibilité *à priori*. La curabilité dépend surtout, croyons-nous, *de l'importance des troubles de la série physiopathique*, d'une part, *de l'état mental* du sujet, d'autre part.

VIII. — *Le traitement* : à des très rares exceptions près, *la médication sera mixte, psycho-physiothérapeutique*; à noter que l'élément physique reste confiné au rôle d'un simple adjuvant, subordonné au traitement psychique qui, lui, demeure le facteur primordial.

Parmi les agents physiques, c'est à *l'électrisation « persuasive »*, *plus ou moins algogène*, que l'on recourt le plus souvent, à cause de sa puissance suggestive remarquable ; ce n'est cependant pas le seul adjuvant psycho-physiothérapeutique à notre disposition ; on n'a que l'embarras de choix ; ici plus que jamais « la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne ». Il n'est pas mauvais de combiner et varier les effets thérapeutiques en pratiquant pour ainsi dire une « médication convergente ».

Les troubles physiopathiques demandent naturellement la mise en œuvre des agents appropriés ayant une puissance intrinsèque réelle et non seulement suggestive.

IX. — Nous avons dit que l'élément primordial de la « médication convergente » demeure la *psychothérapie*. Il est en effet de toute nécessité de modifier non seulement la mentalité consciente du sujet, mais encore et surtout vaincre la résistance de son subconscient. On n'oubliera pas que la clef de voûte de cette résistance est généralement constituée par *l'exaltation ou la déviation de l'instinct de conservation*, facteur autrement impérieux et agissant que les mobiles du temps de paix. Tant qu'on n'a pas abattu cette barrière, tant qu'on n'a pas obtenu le consentement du subconscient à la guérison, cette dernière ne sera qu'apparente : ces guéris malgré eux, ces « blanchis » rechutent régulièrement à la première occasion. *N'est stable qu'une guérison désirée ou du moins librement consentie* ; la

partie n'est gagnée, que lorsqu'on a su obtenir la collaboration franche, loyale et active du sujet.

X. — La guerre finie, le chapitre consacré à l'étude du fonctionnel peut-il être considéré comme clos? Nous ne le pensons pas : l'éclopé du système nerveux du fait de la guerre n'a pas encore disparu ; d'autre part et surtout on voit le névrosé en général et l'accidenté du travail en particulier présenter — *en raison des conditions sociales actuelles* — une exacerbation violente de leur état morbide : en effet, sur un terrain psychique déjà compromis, sensibilisé par l'épuisement nerveux consécutif à la guerre, sont venues se greffer des revendications sociales outrancières, une sorte de « folie des foules » caractérisée par de la déséquilibration mentale, du défaut de jugement et de sens critique. D'autre part, les états dépressifs trouvent des victimes nombreuses. L'avenir semble donc annoncer une rude besogne au neurologue, comme au psychiatre.

Vu : le Président,
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. J. Babinski. — Diagnostic différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hyst. *Gaz. des Hôp.* 5 et 8 Mai 1900.
2. — Définition de l'hystérie. *S. de Neur.* 7 Novembre 1901.
3. — Introduction à la sémiologie des maladies du s. n. *Gaz. des Hôp.* 11 Octobre 1904.
4. — *Ma conception de l'Hys. et de l'Hypnotisme*, 1906.
5. — Suggestion et Hystérie. A propos de l'article de M. BERNHEIM. *Bulletin Méd.*, 30 Mars 1907.
6. — Quelques remarques sur l'article de M. Sollier. *Archives Gén. de Méd.* Mars, 1907.
7. — Emotion, Suggestion et Hystérie. *S. de Neur.* 4 Juillet 1907.
8. — Sur la définition de l'Hyst. Cong. de Lausanne. Août 1907.
9. — Discussion sur l'hystérie. *S. de Neur.*, 9 Avril et 14 Mai 1908.
10. — Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. *Semaine Médicale*, 6 Janvier 1909.
11. — De l'hypnotisme en thérapeutique et en Méd. Lég. *Semaine Médicale*, 27 Juillet 1910.
12. J. Babinski et Froment. — Contribution à l'étude des troubles nerveux d'origine réflexe. Examen pendant l'anesthésie chloroformique. *S. de Neur.*, 4 Novembre 1915.

13. **J. Babinski et Froment.** — Sur une forme de contraction organique d'origine périph. et sans exagération des réflexes. *Presse médicale*, 22 Novembre, 1915.
14. — Contractures et paralysies traum. d'ordre réflexe. *Presse Médicale*, 24 Février 1916.
15. — Troubles ner. d'ordre réflexe ou syndrome d'immobilisation. *S. de Neur.* 4 Mai 1916.
16. — Abolition du réf. cut. plant. Anesthésie associée à des troubles vaso-mot. et à de l'hypothermie d'ordre réflexe. *S. de Neur.*, 4 Mai 1916.
17. — Parésie réflexe de la main g. Troubles vaso-mot. et secrét. bilatéraux. *S. de Neur.* Novembre 1916.
18. — A propos de la communication de Roussy et BOISSEAU sur le pron. et le trait. des troubles physiop. *S. de Neur.*, 7 Juin 1917.
19. — Troubles physiop. d'ordre réflexe. Association avec l'hystérie. Evolution. Mesure méd. militaire. *Pr. Méd.*, 9 Juillet 1917.
20. — *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, Coll. Horizon. Masson.
22. **G. Ballet.** — Note sur les relations des tremblements et des états émotionnels. *S. de Neur.*, 4 Novembre 1915.
22. **G. Ballet et R. Fursac.** — Les Psychoses commotionnelles. *Paris Médical*, 1 Janvier 1916.
23. **Bernheim.** — Conception du mot hystérie. *Bul. Méd.*, 8 Novembre 1902.
24. — Comment je comprends le mot hystérie. *Bul. Méd.*, 2 Mars 1907.
25. **Boisseau et d'Oelsnitz.** — Les troubles moteurs des « mains figées » sont-ils pithiatiques? *Paris Méd.*, Déc. 1917.
26. — Comment et dans quelle mesure nous voyons guérir les mains figées et les pieds bots varus de guerre. *Presse Méd.*, 1918, numéro 15.
27. **Charpentier.** — Un cas de puérilisme mental au cours des opér. de guerre. *Revue Neur.*, Juin 1917.

- 28-29. **Chavigny.** — Psych. et Méd. lég. aux armées. *Paris Méd.*, 1915, p. 184 et 415.
30. — A propos des mutilations volont. *Paris Méd.*, 1915, p. 384.
31. — Les maladies méconnues. Anesthésie et analgésie hystériques. *Paris Méd.*, 1916, p. 214.
32. **Claude et Lhermitte.** — Les modifications dynamogéniques des centres ner. inf. dans les paral. ou dans les contr. fonction. *Presse Méd.*, 1918, numéro 1.
33. **Courjon.** — A propos des paral. dites réflexes. S. de Neur., 9 Novembre 1916.
34. **Dejerine.** — *Sémiologie des affections du s. ner.* Masson 1914.
35. **Dejerine et Gauckler.** — Le trait. par l'isolement et la psychoth. des militaires atteints de tr. fonct. du sys. ner. *Presse Méd.*, 30 Décembre 1915.
36. **Devaux et Logre.** — *Les anxieux.* Coll. Horizon. Masson 1917.
37. Discussion Générale sur les tr. ner. dits fonctionnels observés pendant la guerre. S. de Neur., 18 Février et 4 Mars 1915.
38. — Sur les procédés d'ex. clin. et la conduite à tenir dans les cas où l'on peut suspecter l'exagération ou la simulation. S. de Neur., 21 Octobre 1915.
39. — Sur les caractères des tr. mot. dits fonction. et la conduite à tenir à leur égard. S. de Neur., 6-7 Avril 1916.
40. — Sur les accidents ner. déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs. S. de Neur., 6-7 Avril 1916.
41. **Grasset.** — Les psychonévroses de guerre. *Presse Méd.*, 1^{er} Avril 1915.
42. — Le trait. des psychoses de guerre. *Presse Méd.*, 28 Octobre 1915.
43. **Grutzhaendler.** — *Contribution à l'étude des tr. sensi-*

- tivo-mot. hystéro-traum. observés à l'occasion de la guerre.* Thèse de Paris, 1915.
44. **Laignel-Lavastine et Courbon.** — Essai sur l'insincérité chez les accidentés de la guerre. *Paris Méd.*, 7 Juillet 1917.
45. **Leri.** — A propos de l'hystérie. Sur un cas d'hémi-anesth. org. presque pure. *Paris Méd.*, 1916, p. 531.
46. — *Commotions et émotions de guerre.* Coll. *Horizon*, 1918.
47. **Leriche.** — Sympathectomie péri-artérielle. *Presse Méd.*, 10 Septembre 1917.
48. **Mairet et Durante.** — Contrib. à l'étude expérimentale des lésions commotionnelles. *Revue Neur.*, numéro 2, 1919.
49. **H. Meige.** — Les tremblements consécutifs aux explosions (trembl., tressaill., trémophobie). *S. de Neur.*, 6 Janvier 1906.
50. **H. Meige et Mme Athanassio-Benisty.** — Nouvelles remarques sur les tremblements. *Revue Neur.*, 1^{er} Février 1918.
51. **Podiapolsky.** — La suggestion hypnotique. *Paris Méd.*, 1917, p. 165.
52. **Porot.** — Manifestations réflexes consécutives à des désarticulations des doigts. *Presse Méd.*, 5 Octobre 1916.
53. **G. Roussy.** — A propos de quelques troubles ner. psych. observés à l'occasion de la guerre. Hystérie, hystéro-traum., simulation. *Presse Méd.*, 8 Avril 1915.
54. — Troubles ner. psych. de guerre (A propos de l'article du Prof. Grasset. *Presse Méd.*, 29 Avril 1915.
55. — Un cas de paral. hystérique datant de 21 mois avec gros troubles vaso-mot., therm. et secrét. *S. de Neur.*, 3 Mai 1917.
56. **Roussy et Boisseau.** — Un centre de Neur. et de Psych. d'Armée. *Paris Médical*, 1^{er} Janvier 1916.
57. — Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs. *Paris Méd.*, 1169, p. 185.

58. **Roussy et Lhermitte.** — Les Psychoses de guerre. Coll. Horizon, 1917.
59. **Roussy et Boisseau.** — Sur le pronostic et le trait. des troubles ner. dit réflexes. Soc. de Neur., 7 Juin 1917.
60. **Roussy, Boisseau et d'Oelsnitz.** — L'influence du facteur psychique dans la guérison des psychoses de guerre. S. de Neur., 5 Juillet 1917.
61. — Les acro-contractions et les acro-paralysies. *Annales de Méd.*, numéros 5 et 6, 1917.
62. — Sur le trait. par la psychoth. des acro-contr. et des acro-paral. S. de Neur., 8 Novembre 1917 (Discussion).
63. — Éléments de prédisposition et causes déterminantes des troubles sec. de l'hys. *Presse Méd.*, 12 Décembre 1918.
64. — *Le traitement des psychonévroses de guerre.* Coll. Horizon, Masson 1919.
65. **Sicard.** — Simulateur de création et simulateur de fixation. Simulat. sourds-muets. *Paris Méd.*, 1915, p. 423.
66. **Sollier.** — La définition et la nature de l'hystérie. *Arch. gén. de Méd.*, Octobre 1906.
67. — Du diagn. clin. de l'exagération et de la persévération des tr. n. fonct. *Presse Méd.*, 16 Décembre 1915.
68. — *Traité clinique de neurologie de guerre.* Alcan 1918.
69. **Souques et Mme Rosanoff-Saloff.** — La camptocormie. Incurvation du tronc conséc. aux traum. S. de Neur., 4 Novembre 1915.
70. **Souques, Megevand, Naiditch et Rathaus.** — Troubles de la temp. locale à propos d'un cas de paralysie, dite réflexe, du membre inf. S. de Neur., 12 Octobre 1916.
71. **Souques, Claude et Froment.** — Rapport sur l'organ. et le fonctionn. des Ser. Neur. des régions et de la zone des armées. S. de Neur., 20 Décembre 1917.
72. **Tinel.** — Un cas de Nystagmus fonctionnel. S. de Neur., 15 Avril 1915.

73. Cl. Vincent. — Au sujet de l'hyst. et de la simulation. S. de Neur., 29 Juin 1916.
74. — Sur le trait. de certains troubles fonct. S. de Neur., 29 Juin 1916.
75. — La rééducation intensive des hyst. invétérés. Soc. méd. des hôp., 21 Juillet 1916.
76. — Du pron. des tr. ner. d'ordre réflexe. S. de Neur., Novembre 1916.
77. — Le trait. intensif des hyst. *Revue Neur.*, Novembre 1916.
78. — Variations du réflexe achilléen chez certains hommes atteints de tr. physiop. des m. inf. S. de Neur., 5 Avril 1917.
79. — Sur le trait. et le pron. des phén. physiop. S. de Neur., 7 Juin 1917.
80. — Sur le pronostic des tr. réflexes. S. de Neur., 11 Avril 1918.
81. X... — La Neurologie de guerre. *Presse Méd.*, 16 Avril 1917.